

6) 1 페이지에 기재한 가족중 정신적으로나 신체적으로 학대한 사람과 살았던 적이 있습니까?

아니오 _____에 _____"에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

7) 1 페이지에 기재한 가족중 임신한 사람이 있습니까?

아니오 _____에 _____"에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

8) 1 페이지에 기재한 가족중 응급증상이 있는 사람이 있습니까?

아니오 _____에 _____"에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.



반송 증명서 -- 귀하가 소지하고 있는 증명서 또는 서류의 사본을 제출하십시오. 그러면 귀하가 아직도 보건사회부(DSHS)의 의료보조혜택을 받을 수 있는 자격이 되는지 알려드립니다. 귀하가 제출하는 자료는 이민국(INS)과 같이 공동으로 사용하지 않습니다. 이 설문서를 작성하고 귀하가 첨부하셔야 되는 증명서를 첨부해서 가능한한 속히 2002년 9월 10일 까지 동봉한 무료 반송용봉투에 넣어서 반송해 주시기 바랍니다. 감사합니다!

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia, WA 98504-5534



귀하 가족의
건강보험이
변경될 지도
모릅니다!

주요사항: 귀하가 서류를 소지하고 있다하더라도 저희는 귀하가 아직도 수혜자격이 있는지 검토해야 봐야 합니다. 그래서 귀하는 베이식 헬스(Basic Health)를 신청해야 합니다. 저희가 귀하에게 보건사회부(DSHS) 의료쿠폰을 계속 받을 수 있다고 통지할 때 베이식 헬스(Basic Health) 신청을 중단할 수 있습니다.

베이식 헬스(Basic Health)를 이미 신청하십니까? 아직 신청하지는 않았으나 가족 중 몇 사람이 보건사회부(DSHS)의 의료쿠폰 수혜자격이 없다는 것이 확인될 경우에는 베이식 헬스(Basic Health)를 신청하기를 원하십니까?

예 아니오

3

질문이 있으시면 귀하의 지역사무소(Community Services Office(CSO))에 연락하시기 바랍니다. 전화번호를 모를 경우는 1-800-562-3022로 연락하시기 바랍니다.



중요함!
이 것을 작성해서
2002년 9월 10일 까지
반송해 주시기 바랍니다



질문

6월 초에 보건사회부(DSHS)가 귀하나 가족 중 몇 사람이 2002년 9월 30일 부터 보건사회부(DSHS)의 의료보조혜택(의료쿠폰)을 상실하게 된다는 통지서를 귀하에게 보냈습니다. 저희는 귀하가 보건사회부(DSHS)의 의료쿠폰을 계속 받을 수 있는지 확인하고자 합니다.

저희가 가지고 있는 귀하와 귀하가족에 대한 정보에 따르면 귀하는 다른 의료보조 프로그램의 수혜자격이 되지 않는 것 같습니다. 그것이 맞는지 검토하고 확인하기 위해서는 다음과 같은 상세한 내용이 더 필요합니다. 아래에 기재한 사람들에 관해서 2 페이지와 3 페이지의 질문에 모두 응답해 주시기 바랍니다.

주요: 도움이 필요하시면 귀하의 지역사무소(CSO)에 연락하시거나 이 서류를 직접 가지고 가셔서 도움을 받으십시오. (지역사무소(CSO)는 어떤 때는 웰케어사무소라고 부르거나 지역사무소(Community Services Office)라고도 부릅니다.)

응답시 해당되는 답에 1 페이지에 기재한 가족의 이름을 기입하십시오. 이미 귀하의 지역사무소(CSO) 직원에게 제출한 사항이더라도 반드시 기입하십시오. 소지하고 있는 증명서나 서류를 제출해 주시기 바랍니다.

- 1) 1 페이지에 기재한 가족중 지금 영주권이나 서류를 가지고 있는 사람이 있습니까? 아니요 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오. 영주권을 처음 수령한 날짜도 기입하십시오.

- 2) 1 페이지에 기재한 가족중 미국이나 미국영토(미국버진아이랜드, 푸에르토리코, 괌, 미국사모아, 스웨인스아이랜드, 노던마리아나아이랜드)에서 태어난 사람이 있습니까? 아니요 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

- 3) 1 페이지에 기재한 가족중 부,모 또는 부모가 미국시민권을 취득한 사람이 있습니까? 아니요 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

- 4) 1 페이지에 기재한 가족중 1996년 8월 22일 이전부터 미국에 거주한 사람이 있습니까? 아니요 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오. (귀하가 여권이나 서류를 소지하고 입국했거나 소지하지 않고 입국했거나 상관없이)

- 5) 1 페이지에 기재한 가족중(또는 그들의 배우자 또는 부모) 미국군대에 복무한 사람이 있습니까? 아니요 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

6) 1 페이지에 기재한 가족증(또는 그들의 배우자 또는 부모) 미국군대에 복무한 사람이 있습니까?

아니오 _____ 에 _____ "예" 이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

7) 1 페이지에 기재한 가족증 임신한 사람이 있습니까?

아니오 _____ 에 _____ "예" 이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

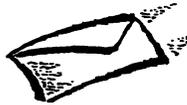
8) 1 페이지에 기재한 가족증 응급증상이 있는 사람이 있습니까?

아니오 _____ 에 _____ "예" 이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.



반송 증명서 -- 귀하가 소지하고 있는 증명서 또는 서류의 사본을 제출하십시오. 그러면 귀하가 아직도 보건사회부(DSHS)의 의료보조혜택을 받을 수 있는 자격이 되는지 알려드립니다. 귀하가 제출하는 자료는 이민국(INS)과 같이 공동으로 사용하지 않습니다. 이 설문서를 작성하고 귀하가 첨부하셔야 되는 증명서를 첨부해서 가능한 한 속히 2002년 9월 10일 까지 동봉한 무료 반송용봉투에 넣어서 반송해 주시기 바랍니다. 감사합니다!

Medical Assistance Administration
PO Box 45534
Olympia, WA 98504-5534



귀하 가족의
건강보험이
변경될 지도
모릅니다!

주요사항: 귀하가 서류를 소지하고 있다 하더라도 저희는 귀하가 아직도 수혜자격이 있는지 검토해야 봐야 합니다. 그래서 귀하는 베이식 헬스(Basic Health)를 신청해야 합니다. 저희가 귀하에게 보건사회부(DSHS) 의료쿠폰을 계속 받을 수 있다고 통지할 때 베이식 헬스(Basic Health) 신청을 중단할 수 있습니다.

베이식 헬스(Basic Health)를 이미 신청하셨습니까? 아직 신청하지는 않았으나 가족 중 몇 사람이 보건사회부(DSHS)의 의료쿠폰 수혜자격이 없다는 것이 확인될 경우에는 베이식 헬스(Basic Health)를 신청하기를 원하십니까?

예 아니오

3

질문이 있으시면 귀하의 지역사무소(Community Services Office(CSO))에 연락하시기 바랍니다. 전화번호를 모를 경우는 1-800-562-3022로 연락하시기 바랍니다.



중요함!
이 것을 작성해서
2002년 9월 10일 까지
반송해 주시기 바랍니다



6월 초에 보건사회부(DSHS)가 귀하나 가족 중 몇 사람이 2002년 9월 30일 부터 보건사회부(DSHS)의 의료보조혜택(의료쿠폰)을 상실하게 된다는 통지서를 귀하에게 보냈습니다. 저희는 귀하가 보건사회부(DSHS)의 의료쿠폰을 계속 받을 수 있는지 확인하고자 합니다.

저희가 가지고 있는 귀하와 귀하가족에 대한 정보에 따르면 귀하는 다른 의료보조 프로그램의 수혜자격이 되지 않는 것 같습니다. 그것이 맞는지 검토하고 확인하기 위해서는 다음과 같은 상세한 내용이 더 필요합니다. 아래에 기재한 사람들에 관해서 2 페이지와 3 페이지의 질문에 모두 응답해 주시기 바랍니다.

주요: 도움이 필요하시면 귀하의 지역사무소(CSO)에 연락하시거나 이 서류를 직접 가지고 가셔서 도움을 받으십시오. (지역사무소(CSO)는 어떤 때는 웰케어사무소라고 부르거나 지역사무소(Community Services Office)라고도 부릅니다.)

질문

응답시 해당되는 답에 1 페이지에 기재한 가족의 이름을 기입하십시오. 이미 귀하의 지역사무소(CSO) 직원에게 제출한 사항이더라도 반드시 기입하십시오. 소지하고 있는 증명서나 서류를 제출해 주시기 바랍니다.

- 1) 1 페이지에 기재한 가족중 지금 영주권이나 서류를 가지고 있는 사람이 있습니까?
아니오 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오. 영주권을 처음 수령한 날짜도 기입하십시오.

- 2) 1 페이지에 기재한 가족중 1996년 8월 22일 이전부터 미국에 거주한 사람이 있습니까?
아니오 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.(그 사람이 여권이나 서류를 소지하고 왔거나 소지하지 않고 왔거나 상관없이)

- 3) 1 페이지에 기재한 가족중 미국시민인 사람이 있습니까?
아니오 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

- 4) 1 페이지에 기재하지 않은 가족중 미국시민인 사람이 있습니까?
아니오 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

- 5) 1 페이지에 기재한 가족중 정신적으로나 신체적으로 학대한 사람과 살았던 적이 있습니까?
아니오 _____ 에 _____ "에"이면, 그 사람의 이름을 기입하십시오.

그들은 영주권을 신청했습니까? 아니오 _____ 에 _____

이민국(INS) 신분과 받을 수 있는 의료보조혜택

귀하는 귀하의 의료보조혜택이 중단된다는 통지서를 받으셨습니다. 귀하가 다음의 그룹중 #1 또는 #2에 해당될 경우는 귀하가 의료보조혜택을 계속 받을 수 있도록 귀하의 관할 지역사무소 (Community Services Office)(지역사무소 (CSO) 또는 웰케어사무소)에 연락해서 귀하가 가지고 있는 서류의 사본을 제출하시기 바랍니다. **귀하가 그룹 #1 또는 #2에 해당되지 않을 경우는 베이식 헬스(Basic Health) 신청서를 작성해서 제출하시기 바랍니다.**

그룹 #1

귀하의 이민국(INS) 신분이 다음중 하나에 해당될 경우, 귀하는 귀하의 보건사회부(DSHS) 의료쿠폰을 계속해서 받을 수 있습니다(귀하가 언제 미국에 입국하였는지에 상관없이).



- 미국시민(미국시민의 합법영주권을 소지한 자녀도 포함)과 동포 (미국사모아와 스웨인스아이랜드 태생 및 노던마리아나아이랜드 거주인)
- 망명자
- 피난민
- 추방보류나 이등보류가 부여된 사람
- 미국혼혈아 입국자로 입국한 합법영주권자
- 큐바인 또는 해티인 입국자
- 비미국시민 캐나다태생 미국인디안

주요: 귀하가 망명자, 피난민 또는 큐바인 또는 해티인 입국자일 경우는, 귀하가 합법영주권을 취득하더라도 계속 의료보조혜택을 받을 수 있습니다.

그룹 #2와 #3은 뒤면을 참조하십시오.

이민국(INS) 신분과 받을 수 있는 의료보조혜택 (계속)

그룹 #2

귀하의 신분이 다음중 하나에 해당되며 1996년 8월 22일 이전에 미국에 입국했을 경우, 귀하는 귀하의 의료보조혜택을 계속 받을 수 있습니다.(귀하가 여권이나 서류를 소지하고 입국했거나 소지하지 않고 입국했거나 상관없이)

- 합법 영주권자
- 가석방이 적어도 1년동안 부여된 사람(지역사회관찰 가석방자)
- 특정 영주권신청서를 제출한 사람(과 그들의 자녀)과 가정폭행의 피해자
- 조건부 입국자(1980년 이전에 피난민으로 지정되었으며 1996년 8월 22일 이전에 모두 입국)



주요: 귀하가 상기한 그룹중 하나에 해당되며 미국군대에 복무한 계대군인이거나 군인가족(배우자 및 미혼자녀도 포함)일 경우는 귀하가 언제 미국에 입국했는지 상관없이 귀하의 의료보조혜택을 계속 받을 수 있습니다.

그리고: 귀하가 미국에 1996년 8월 22일이나 이후에 입국하였으며 귀하가 이런 신분을 수령한지 5년이 경과했을 경우는 귀하의 의료보조혜택을 계속 받을 수 있습니다.

그룹 #3

귀하가 상기한 그룹 #1 또는 #2의 신분에 해당되지 않을 경우, 예를 들어서 귀하가 불법입국자일 경우, 귀하는 2002년 9월 30일 이후에는 보건사회부(DSHS)의 의료보조혜택을 받을 수 없습니다. 그러므로 베이식 헬스(Basic Health)를 신청하고 웰케어사무소에 귀하는 다음의 사항중 하나에 해당된다고 말씀하십시오:

- 임신하였음
- 응급증상이 있음
- 장애자임

